

Magenschleimhautentzündung	nein	ja	Wann:
Magen-, Zwölffingerdarmschwür	nein	ja	Wann:
Gallensteine	nein	ja	Wann:
Bauchspeicheldrüsenentzündung	nein	ja	Wann:
Darmentzündung	nein	ja	Wann:
Verdauungsstörungen	nein	ja	Wann:
Leisten- oder anderer Eingeweidebruch	nein	ja	Welche:
Leberentzündung mit / ohne Gelbsucht	nein	ja	Welche:
Andere Verdauungskrankheiten	nein	ja	

Auffällige Harmbefunde bekannt	nein	ja
Zeitweilige Harnwegsinfekte	nein	ja
Nierenentzündung	nein	ja
Nierensteine	nein	ja
Harnröhrenausfluss	nein	ja
Geschlechtskrankheiten	nein	ja

Gelenksrheumatismus	nein	ja	Wann/Welche:
Rückenschmerzen	nein	ja	Welche:
Bandscheibendefekte	nein	ja	Wann/Welche:
Knochen-, insbesondere Wirbelbrüche	nein	ja	Wann/Welche:
Andere Wirbelsäulenleiden	nein	ja	Welche:
Schädelverletzungen	nein	ja	Welche:
Verstauchungen, Bänderrisse	nein	ja	Wann/Welche:
Kraft- od. Bewegungseinschränkungen	nein	ja	Welche:
Nervenschäden, Lähmungen	nein	ja	
Meniskus- oder andere Knorpelschäden	nein	ja	
Plattfüsse, andere Fußdeformitäten	nein	ja	
Krampfäden	nein	ja	

Sonstige Erkrankungen, welche bisher nicht aufgeführt wurden:

Ort, Datum

Unterschrift

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Beruf

Stellungsuntersuchung/Eignungsprüfung ab: .....

AblaufNr.:

## MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Ihre Antworten werden ausschließlich durch medizinisches Personal des Bundesministeriums für Landesverteidigung bearbeitet.  
Diese Personen sind hinsichtlich der von Ihnen bekanntgegebenen Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Der medizinische Fragebogen ist am ersten Tag der Stellung bei der Aufnahme ausgefüllt zu übergeben. **Ärztliche Zeugnisse, Befunde, Bestätigungen** und dergleichen sowie Sehhelfe (z.Bsp. Brille) sind mitzubringen.

### Anleitung

Zur Ausfüllung des „Medizinischen Fragebogens“

- Die Fragen sind zur Feststellung Ihres Gesundheitszustandes gewissenhaft, vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Die Fragen beziehen sich auf Krankheiten, die Sie in der Vergangenheit durchgemacht haben bzw. an denen Sie zur Zeit leiden.
- Die Fragen sind durch Ankreuzen der entsprechenden Kästchen mit **Kugelschreiber** zu beantworten.
- Bei Unsicherheit in der Fragenbeantwortung sind die Eltern und eventuell der Hausarzt zu befragen. Bestehen dennoch Zweifel in der Beantwortung, lassen Sie die Frage offen.
- Der Fragebogen ist - zur Bestätigung der Richtigkeit der Angaben - unbedingt zu **unterschreiben!**

**Betrifft BLUTSVERWANDTE:** Ist eine der folgenden Krankheiten bei Blutsverwandten aufgetreten:

Zuckerkrankheit	nein	ja
Lungenasthma	nein	ja
Tuberkulose	nein	ja
Herzfehler	nein	ja
Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall	nein	ja
Blutgerinnungsstörungen	nein	ja
Kreislauferkrankungen	nein	ja
Andere Erkrankungen in der Familie	nein	ja

**Alle weiteren Fragen betreffen Sie selbst:**

Sind Sie Linkshänder	nein	ja	Wieviel:
Rauchen Sie	nein	ja	Wieviel:
Trinken Sie Alkohol	nein	ja	Welche:
Nehmen Sie Drogen	nein	ja	Welche:
Ernähren Sie sich mittels Diät	nein	ja	Welchen:
Betreiben Sie regelmäßig Sport	nein	ja	

Fühlen Sie sich krank	nein	ja
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente	nein	ja
Leiden Sie unter Allergien	nein	ja
Werden Sie laufend ärztlich behandelt	nein	ja
Hatten Sie Operationen	nein	ja
Andere Krankenhausaufenthalte	nein	ja
Besteht eine Invalidität mit Gutachten	nein	ja
Haben Sie angeborene Leiden	nein	ja
Haben Sie Infektionskrankheiten	nein	ja

Welche:  
Welche:  
Seit/Wegen:  
Wann/Welche:  
Wann/Wegen:  
Prozent:  
Welche:  
Welche:

**Leiden Sie unter einer der folgenden Störungen oder Krankheiten:**

Hormonstörungen	nein	ja	Welche:
Schilddrüsenkrankung (Kropf)	nein	ja	
Zuckerkrankheit	nein	ja	
Andere Stoffwechselerkrankungen	nein	ja	Welche:
Haut- oder andere Organtransplantation	nein	ja	Welches:
Künstlicher Gelenkersatz oder Prothesen	nein	ja	Welche:
Metallimplantate nach Verletzungen	nein	ja	Wo:
Brust- oder andere Implantate	nein	ja	Welche:

Blutarmut	nein	ja
Leiden Sie an starker Blutungsneigung	nein	ja
Andere Bluterkrankungen	nein	ja

Weswegen:  
Weswegen:

Nervenärztliche Behandlung	nein	ja
Psychotherapeutische Behandlung	nein	ja
Les- oder Schreibschwierigkeiten	nein	ja
Stottern oder andere Sprachstörungen	nein	ja
Schwitzen Sie leicht	nein	ja
Leiden Sie unter Schlafstörungen	nein	ja
Neigen Sie zu Schlafwandelei	nein	ja
Leiden Sie unter Angst oder Unruhe	nein	ja
Sind sie leicht zornig	nein	ja
Sind Sie grundlos traurig	nein	ja
Stehen Sie vor unlösbaren Problemen	nein	ja
Werden Sie immer benachteiligt	nein	ja
Fühlen Sie sich beobachtet	nein	ja
Konflikte mit Eltern/Vorgesetzten	nein	ja
Andere seelische Krankheiten	nein	ja

Epilepsie (Hinfällende Krankheit)	nein	ja	Wann:
Gehirnerschütterung	nein	ja	
Nervenverletzungen	nein	ja	Wann:
Migräne	nein	ja	Wie oft:
Schwindelanfälle	nein	ja	
Meningitis, Encephalitis	nein	ja	Wann:
Andere Krankheiten des Nervensystems	nein	ja	Welche:

Ekzem, chronische Hautveränderungen	nein	ja
Psoriasis (Schuppenflechte)	nein	ja
Hautallergien, Ausschläge	nein	ja
Hauptpilzkrankungen	nein	ja
Andere Hautkrankheiten	nein	ja

Wann/Welche:  
Tumorbehandlung (Geschwulst)

Augenkrankheiten / -verletzungen	nein	ja	Wann/Welche:
Netzhauterkrankungen oder -ablösung	nein	ja	
Operationen oder Laserungen am Auge	nein	ja	Wann/Welche:
Sind Sie Brillenträger (auch zeitweilig)	nein	ja	
Verwenden Sie Kontaktlinsen	nein	ja	
Farbenblindheit oder -sehschwäche	nein	ja	Welche:
Sind Sie nachtblind	nein	ja	
Andere Augenerkrankungen	nein	ja	Welche:

Haben Sie Hörstörungen	nein	ja	Seit wann:
Verwenden Sie einen Hörapparat	nein	ja	
Haben Sie oft Ohrentzündungen	nein	ja	
Lärmbelastung am Arbeitsplatz	nein	ja	
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen (Tinnitus)	nein	ja	Seit :
Haben Sie andere Ohrenkrankheiten	nein	ja	Welche:

Zahnverletzungen oder Zahnersatz	nein	ja	Bis wann:
Tragen Sie eine Zahnsperre	nein	ja	Medikamente:
Leiden Sie an Heuschmupfen	nein	ja	
Nebenhöhlenentzündungen	nein	ja	
Häufige Halsentzündungen	nein	ja	Wann:
Mandelopoperation durchgeführt	nein	ja	
Ist das Atmen durch die Nase erschwert	nein	ja	Welche:
Andere Krankheiten im HNO-Bereich	nein	ja	

Häufiger oder langdauernder Husten	nein	ja
Chronische Bronchitis oder Asthma	nein	ja
Lungenentzündung, Rippenfellentzündung	nein	ja
Lungen tuberkulose	nein	ja
Lungenveränderungen im Röntgen	nein	ja
Andere Erkrankungen der Atmungsorgane	nein	ja

Anfälle von Herzrasen	nein	ja	Wie oft:
Herzmuskelentzündung	nein	ja	Wann:
Belastungsabhängige Atemnot	nein	ja	
Ohnmachtsanfälle	nein	ja	Blutdruck:
Erhöhter Blutdruck (über 150 mm)	nein	ja	
Lungenembolie, Lungeninfarkt	nein	ja	Welche:
Andere Kreislaufkrankungen	nein	ja	